


Jednostka zlecająca (wynik zostanie przesłany na adres jednostki zlecającej lub osobie wyznaczonej do odbioru wyniku)		Pracownia Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej 02-781 Warszawa, ul. W. K. Roentgena 5 tel. 22 546 28 77 Faks 22 546 26 01
SKIEROWANIE NA DIAGNOSTYCZNE BADANIE GENETYCZNE		
Nazwa/oznaczenie/adres/kontakt/tel.		

DANE ZLECENIA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

PRIORYTET:	<input type="checkbox"/> Rutynowy	<input type="checkbox"/> CITO	<input type="checkbox"/> DIŁO																				
WYBÓR PŁATNIKA I TRYBU ROZLICZANIA																							
Materiał pobrany w trakcie tej samej hospitalizacji co zlecenie: <input type="checkbox"/> TAK leczenie szpitalne Nr 129/2016/DSOZ (rozlicze klinika) <input type="checkbox"/> NIE																							
NFZ	<input type="checkbox"/> Świadczenie odrębnie kontraktowane SOK ROZLICZA LABORATORIUM	<input type="checkbox"/> Ambulatoryjna opieka specjalistyczna AOS ROZLICZA AMBULATORIUM																					
Inny płatnik	<input type="checkbox"/> Usługa odpłatna	<input type="checkbox"/> Badanie kliniczne	<input type="checkbox"/> Inne Wpisać jakie																				
DANE PACJENTA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY																							
imię i nazwisko pacjenta (telefon, faks, e-mail, miejsce zamieszkania albo oddział szpitalny; dotyczy zleceń zewnętrznych)			Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M																				
Data urodzenia																							
PESEL:		PID:																					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											
ROZPOZNANIE			ICD 10 (pięć znaków)																				
<input type="checkbox"/> Guz pierwotny <input type="checkbox"/> przerzut/wznowa <input type="checkbox"/> przed leczeniem <input type="checkbox"/> w trakcie leczenia			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																				
Wskazanie do badania oraz istotne dane kliniczne pacjenta – informacje o stosowanym leczeniu:																							

ZLECONE BADANIE WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

<input type="checkbox"/> Molekularne (mutacje somatyczne)	wpisać nazwę badanego genu:	
<input type="checkbox"/> FISH guzy lite	wpisać nazwę sondy DNA (gen badany):	
MATERIAŁ BADANY WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY		
Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> Błoczek parafinowy	NUMER BŁOCZKA/PREPARAT
	<input type="checkbox"/> Krew obwodowa (ctDNA)	Osoba pobierająca*
	<input type="checkbox"/> Krew obwodowa pobrana EDTA	Data i godzina
	<input type="checkbox"/> Inny materiał (wpisać jaki)	
Uwagi (W przypadku krwi pobranej na EDTA wpisać informacje o transfuzji c.y przeszczepie szpiku jeżeli dotyczy)		
Czy uzyskano zgodę pacjenta na:		
wykonanie diagnostycznego badania genetycznego i przetwarzanie danych osobowych?	transmisję wyników badań drogą elektroniczną?	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	oznaczenie i podpis lekarza* oraz dane kontaktowe: tel., e-mail – dotyczy zleceń zewnętrznych, DATA

KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA WYPEŁNIA LEKARZ PATOLOG

<input type="checkbox"/> BŁOCZEK PARAFINOWY	NUMER BŁOCZKA wpisać numer błočka	NUMER BADANIA wpisać numer badania ZPH/ZPK
<input type="checkbox"/> INNY MATERIAŁ (wpisać jaki)		
UTKANIE NOWOTWOROWE	UWAGI:	
Wpisać % odsetek komórek nowotworowych		oznaczenie lekarza: patologa* oraz dane kontaktowe: tel., e-mail – dotyczy zleceń zewnętrznych, DATA.
PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO PRACOWNI		
Osoba przyjmująca materiał	Numer badania:	Data i godzina:
		Uwagi:

☒ zaznacz właściwie

* oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis